



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
92-318 Łódź, al. marsz. J. Piłsudskiego 133D
Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik nr 3 do umowy zlecenia – wykaz godzin

KARTA INDYWIDUALNEJ KONSULTACJI SPECJALISTY-

Imię i nazwisko prowadzącego:

Imię i nazwisko beneficjenta projektu:

Adres beneficjenta projektu:.....

Tel.: beneficjenta projektu:

I.p.	Data	godziny (od – do)	Zakres wykonywanych czynności	Podpis beneficjenta	Czas trwania
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Łączna ilość godzin:					

.....
data i podpis Zleceniobiorcy

.....
Zatwierdzam wykonanie w/w zadań
data i podpis

Zadanie „Kompleksowe wsparcie osób chorych na SM” jest realizowane dzięki dofinansowaniu z budżetu miasta Łodzi”

